

ORGANISERINGA AV OG OPPGAVENE TIL LANDETS OVERGREPSMOTTAK

En litteraturstudie av Anitha Kathirgamadas stud.med. (kull H11)

Veiledere:

Professor dr. med. Kari Ormstad, Institutt for klinisk rettsmedisin, UiO og avdeling for rettspatologi ved Folkehelseinstituttet

Dr. med. Gerd Jorunn Møller Delaveris, avdeling for rettspatologi ved Folkehelseinstituttet

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	2
INNLEDNING	3
BEGREPER	4
KORT OM MOTTAKENE	5
VOLDTEKT I NORGE	6
ORGANISERING FØR 2015 OG PASIENTGRUPPER	7
OVERGREPSMOTTAKENES OPPGAVER	8
ØKONOMI	10
TILGJENGELIGHET OG BEMANNING	11
KOMPETANSE	12
MENN	13
ETNISKE MINORITETER	13
UNDERSØKELSE AV ANTATT GJERNINGSPERSON	13
ERSTATNING	14
HJELP UTAFOR OVERGREPSMOTTAKENE	14
NY ORGANISERING	15
KONKLUSJON	17
LITTERATUR	19
VEDLEGG:	
MAIL TIL OVERGREPSMOTTAKENE	21
SPØRSMÅL TIL OVERGREPSMOTTAKENE	22

FORORD

Høsten 2014 møtte jeg veilederne mine, Kari Ormstad og Gerd Jorunn M. Delaveris, for første gang. På det tidspunktet, og heller ikke ennå har jeg hatt undervisning i rettsmedisin på universitetet. Å skrive ei oppgave innafor et fagområde uten noen forkunnskaper tenkte jeg at skulle bli morsomt i en stadig gråere studiehverdag. Jeg hadde fullstendig rett.

Først og fremst så vil jeg takke Kari og Gerd Jorunn for alt de har gjort. Vi begynte virkelig fra scratch, og jeg setter stor pris på all tida de har viet og tålmodigheta de har vist. Det har vært godt å ha begge to, fordi de passer like mye på meg som på hverandre. Denne oppgava har gått parallelt med veilederne mine sine travle arbeidshverdager, og de har likevel tatt seg tid til møter med meg og hjulpet meg med absolutt alt jeg har spurt dem om. På grunn av deres oppfølging har jeg ikke en eneste gang følt meg tiltaksløs i oppgavearbeidet.

Jeg vil også takke alle de jeg har snakka med fra voldtektsmottakene: Anne Beth Helgeland, Cecilie Hagemann, Linda Mølgaard Gustavsens, Merete Bergan Svendsen, Gerd Eva Fenheim, Kristin Eide-Olufsen og Helle Margrethe Nesvold. I mailen jeg sendte dem spurte jeg om de kunne sette av en halvtime til meg. De aller fleste av dem snakka med meg langt over de tretti minuttene jeg håpa at de hadde klart å sette av. Til min store glede var de like sjenerøse med å dele kunnskap, råd og tanker som de var med tida si.

Anitha Kathirgamadas

INNLEDNING

I et estimat fra Politidirektoratet anslås det at 0,5 – 1 % av kvinner mellom 16 og 70 år har i Norge opplevd å bli truet eller tvunget til sex, utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk i løpet av de siste 12 måneder.¹

Denne oppgava handler om hvorfor overgrepsmottakene blei etablert, hvilke tilbud de gir, betydninga av den særegne helsehjelpa som utøves, mottakenes aktuelle utfordringer med henblikk på ressurser til drift og behovet for kompetanseoppbygging i denne kombinerte delen av somatikken, psykiatrien og rettsmedisinen. Mange av mottakene har en sterkt pressa økonomi, og få av dem ser ei løsning med Stortingets vedtak om endra organisering av overgrepsmottak.

Seksuelle overgrep er et vanskelig og sammensatt problem, og jeg gjør et forsøk på å framstille seksuelle overgrep i Norge de siste årene. Jeg skriver om hvordan overgrepsmottakene har vært organisert fram til 2015/2016, og funderer over hva som kommer til å skje i framtida. Det har vært interessant å ta tak i problematikken rundt vold i nære relasjoner. Dette gjelder ei stor gruppe i samfunnet, mørketallene er sannsynligvis svimlende høye, men de utsatte er fortsatt lite representert i overgrepsmottakene. Jeg vier også mye plass til overgrepsmottakenes oppgaver overfor pasienten, politiet og rettsapparatet, helt fra første kontakt til et stykke ut i oppfølgingsprosessen. Jeg skriver en del om oppfølgingstilbud i regi av mottakene, men også litt om hva som eksisterer utenfor denne ramma. Det er ingen hemmelighet at grov vold og seksuelle overgrep kan prege ofre resten av livet, men i ulik grad fordi alle mennesker er forskjellige. Å møte disse pasientene er sterk kost for mange selv om de daglig jobber med syke og lidende mennesker. Det er ikke alle som klarer å møte disse pasientene, og det er en egen kunst å utøve god helsehjelp samtidig som om det rettsmedisinske fokuset ikke skal falle ut i kampens hete.

Jeg har tatt kontakt med seks av landets overgrepsmottak – i Drammen, Harstad, Oslo, Sandefjord, Stavanger og Trondheim – og fått ansatte der til å kommentere ulike momenter som inngår i oppgava, f. eks organisering, bemanning, kompetanse, hva de er stolte over og hva de opplever som sine største utfordringer lokalt. Underveis i teksta henviser jeg til svarene jeg fikk fra dem.

BEGREPER

Seksualforbrytelser: seksualforbrytelser defineres i Straffelovens kapittel 19 (i ny straffelov, som skal gjelde fra oktober 2015, kapittel 26), og omfatter blant annet seksuell omgang, voldtektsforsøk, seksuelt krenkende atferd, det å fremme og eller medvirke til prostitusjon og pornografi.²

Voldtekt: voldtekt er regulert i Straffelovens § 192. Omfattende juridisk litteratur tar for seg tydeliggjøringa av denne paragrafen. Her angis voldtekt som å skaffe seg seksuell omgang ved vold eller ved truende atferd, eller ha seksuell omgang med noen som er bevisstløs eller av andre grunner ikke er i stand til å motsette seg handlinga, eller ved vold eller trusler få noen til å ha seksuell omgang med en annen, eller utføre tilsvarende handlinger med seg selv. Handlinger som inngår i det juridiske voldtektsbegrepet har endra seg noe over tid, og definisjonen blei sist endra i år 2000. Da utvida man definisjonen til også å gjelde utnyttelse av en person sin hjelpeløshet på grunn av bevisstløshet, rus eller søvn. I tillegg valgte en å kriminalisere grovt uaktsom voldtekt, § 192 4. ledd.³

Vold i nære relasjoner: med vold i nære relasjoner menes alle former for fysisk, psykisk, sosial og økonomisk vold mellom nåværende og tidligere familiemedlemmer. Begrepet omfatter også barn som er vitne til vold i familien. Personer som utsettes for tvangsekteskap og kjønnslemlestelse utsettes også for vold i nære relasjoner.^{4,5}

Overgrepsmottak: overgrepsmottak tilbyr spesielle helsetjenester til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller vold i nære relasjoner, og hensikten med mottakene er å redusere helseskader på kort og lang sikt samt å gi medisinsk premissunderlag for rettslig prosess. Tjenestene inkluderer undersøkelse, dokumentasjon, sporsikring, behandling og oppfølging. Man stiller definerte kompetansekrav til de ansatte og mottakene. Overgrepsmottakene er ikke beregna for undersøkelse av mistenkt gjerningsperson.⁴

Relasjonsvoldtekter: relasjonsvoldtekter er voldtekter der offer og gjerningsperson er eller har vært ektefeller, kjærester eller partnere.³

KORT OM MOTTAKENE JEG HAR KONTAKTA

Mottak og etableringsår	Område	Aldersgrupper og kjønn	Pasientgrupper og tilbud	Antall saker i 2014 *
Overgrepsmottaket ved Legevakta i Drammen IKS	Vertskommune: Drammen	Voksne (> 14 år)	Pasientgrupper: seksualvold og relasjonsvold	80
Etablert i 1996	Nedslagsfelt: store deler av Buskerud fylke	Begge kjønn	Tilbyr akutthjelp, medisinsk og psykososial oppfølging, dokumentasjon og sporsikring	
Overgrepsmottaket i Oslo, Oslo kommune Legevakten	Vertskommune: Oslo	Voksne (> 14 år)	Pasientgrupper: seksualvold, deler relasjonsvoldsofre med Oslo skadelegevakt	430
Etablert i 1986	Nedslagsfelt: Oslo, Akershus og deler av Østfold	Begge kjønn	Tilbyr akutthjelp, medisinsk og psykososial oppfølging, dokumentasjon og sporsikring	
SO-mottaket i Vestfold	Vertskommune: Sandefjord	Voksne (> 14 år)	Pasientgruppe: seksualvold	68
Etablert i 2005	Nedslagsfelt: 12 kommuner i Vestfold	Veiledning i barnesaker Begge kjønn	Ambulant ordning der SO-sykepleiere rykker ut til pasienten. Tilbyr akutthjelp, medisinsk og psykososial oppfølging, dokumentasjon og sporsikring	
Voldtektsmottaket for Sør-Rogaland, Stavanger legevakt	Vertskommune: Stavanger	Voksne (> 14 år)	Pasientgruppe: seksualvold	80
Etablert i 1992	Nedslagsfelt: 16 kommuner i Sør-Rogaland	Begge kjønn	Tilbyr akutthjelp, psykososial oppfølging, dokumentasjon og sporsikring	
Harstad IK legevakt – Overgrepsmottaket	Vertskommune: Harstad	Voksne (> 14 år)	Pasientgruppe: seksualvold	9
Etablert i 2008	Nedslagsfelt: 3 kommuner i Troms	Begge kjønn	Tilbyr akutthjelp, dokumentasjon og sporsikring	
Overgrepsenheten Kvinne-barn-senteret, St. Olavs Hospital HF	Vertskommune: Trondheim	Voksne og barn	Pasientgrupper: seksualvoldsutsatte voksne, relasjonsvoldsutsatte barn og seksualvoldsutsatte barn	95 voksne, 159 barn
Etablert i 1989	Nedslagsfelt: Sør-Trøndelag	Begge kjønn (akuttundersøkelse av menn på legevakt/kirurgisk akuttmottak vha. SO-sykepleier fra overgrepseheta)	Tilbyr akutthjelp, medisinsk og psykososial oppfølging, dokumentasjon og sporsikring	

* Tallene er oppgitt av ledere ved de respektive mottakene.

VOLDTEKT I NORGE

Alvorlig fysisk vold og grove seksuelle overgrep rammer en betydelig del av Norges befolkning, og mange rammes fra tidlig i barndommen. NKVTS (Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress) oppgir i en studie fra 2014 at tre av ti kvinner og én av ti menn som besvarte enqueteen at de hadde opplevd en eller annen form for seksuelt overgrep i løpet av livet. Forekomsten av voldtekt i juridisk forstand var 9,4 % blant kvinner og 1,1 % blant menn. Halvparten av disse kvinnene ble utsatt for voldtekt før fylte 18 år. Omtrent $\frac{1}{3}$ anga at de fikk fysiske skader av voldtekta, og i underkant av halvparten var redde for å bli alvorlig skada eller drept. NKVTS mener at det er sannsynlig at vold og overgrep er et folkehelseproblem.⁶

Politiets straffestatistikk viser at antallet voldtektsanmeldelser har ligget nokså stabilt, med ei lita økning de siste årene. Vi veit imidlertid at det foreligger betydelige mørketall både på landsbasis og internasjonalt når det gjelder antall personer utsatt for seksualforbrytelser. Undersøkelser i flere land viser lav anmeldelsestilbøyelighet for slik kriminalitet.³ Anslagsvis politianmeldes mindre enn 20 % av seksualovergrepene.⁷ Nesten ingen anmeldelser fører til dom.⁶ Over halvparten av anmeldte saker blir henlagt på grunn av manglende bevis. I ca. 11 % tas det ut tiltale, og da foreligger det oftere biologiske spor samt dokumentasjon av moderat til alvorlig kroppsskade på fornærmede. I følge Straffelovens § 192 regnes seksuelt overførbar sykdom som betydelig skade på legeme eller helse. Men selv om man påviser seksuelt overførbare sykdommer, kan man vanligvis ikke bevise at smitta kommer fra gjerningspersonen. I lova fokuseres det også på om den utsatte var ute av stand til å motsette seg handlinga, fordi dette gir strengere straff.

Det er mange mulige grunner til lav tilbøyelighet til å søke medisinsk eller rettslig hjelp. Vanskeligheter med å definere overgrepet som ei kriminell handling, ydmykelse, usikkerhet rundt om man tilhører overgrepsmottakets målgruppe, uvitenhet om hjelpetilbudene, frykt for represalier fra gjerningspersonen, gjerningspersonens eller eget nettverk, usikkerhet angående det personlige nettverkets støtte, og et ønske om å glemme hendelsen(e) har vært oppgitt som årsaker for ikke å søke hjelp. Omtrent en tredjedel av de utsatte forteller aldri om voldtekta til noen.⁶

En svært viktig faktor for beslutninga om å anmelde er offerets relasjon til overgriperen. De aller fleste kjenner overgriperen sin fra før.⁶ Litt over 20 % av voldtektene kategoriseres som relasjonsvoldtekter, og politiet har de siste årene registrert stadig flere av denne formen for overgrep. Hvor nære relasjonen til overgriper er, er også vesentlig. "Sannsynligheten for å anmelde en voldtekt øker med avstanden til gjerningsmannen – jo fjernere og mer fremmed han er, jo større er sjansen for at offeret velger å anmelde."^{3*} Andre faktorer som reduserer sannsynligheta for anmeldelse er rusavhengighet, ruspåvirkning under overgrepet (både frivillig og ufrivillig), delvis eller fullstendig amnesi for overgrepet og fravær av påvisbar fysisk skade.⁹ I 2013 oppga over halvparten (53 %) av de fornærmede at de var berusa under voldtekta, men tallet er trolig høyere.³ Kulturelle forhold kan ha noe å si for hva offeret anser som et seksuelt overgrep. Voldsutsatte kvinner som kommer fra samfunn hvor ei kvinne er underordna mannen sin, ser ikke nødvendigvis på tvungen sex i ekteskapet som et lovbrudd. Helt avgjørende er den voldsutsattes tillit til politi og rettsapparat. Den emosjonelle og sosiale belastninga ved å straffeforfølge forholdet påvirker også vurderinga.

Faktorer som fører til økt sannsynlighet for anmeldelse er personer med alvorlig

funksjonshemning eller anna særskilt sårbarhet i utgangspunktet, mye vold, bare én gjerningsperson, polititransport til overgrepsmottak, bruk av overgrepsmottakets tilbud og forekomst av fysisk skade. Dess eldre den utsatte er, dess større sannsynlighet er det for anmeldelse.⁹

Voldtektsutsatte som oppsøker politiet søker ikke nødvendigvis hjelp hos helsetjenesten, og omvendt. Kripos sin oversikt viser at nesten 90 % av de fornærmede som søker offentlig hjelp først henvender seg til politiet. 50 % av de som oppsøker politiet kommer i løpet av første døgn etter hendelsen. Av de som søker hjelp hos overgrepsmottak, kommer 75 % i løpet av det første døgnet. For politiet er det viktig at voldtekter anmeldes så raskt som mulig. Overgrepsmottakene i Oslo og Trondheim rapporterer at i underkant av halvparten som oppsøker helsetjenesten, også tar kontakt med politiet.³

Alle mottakene som jeg har kontakta sier at samarbeidet med politiet er bra. Mange steder har mottakene og politiet faste møter én gang i halvåret/året. I Drammen har de én kontaktperson i politiet, som er et bindeledd mellom mottaket og de ulike politidistriktene, og mottaket oppgir at denne modellen fungerer bra for dem. I Sandefjord får mottaket tilbakemelding fra politiet etter hver sak de har felles, noe som bidrar til et rettsmedisinsk fokus. Mottakene i Oslo og Trondheim forteller at tettere kontakt med politiet er ønskelig, selv om samarbeidet allerede er bra.

Det finnes ingen landsomfattende oversikt over hvor mange som totalt har besøkt alle overgrepsmottakene i Norge, eller hvor mange av disse som også har anmeldt saka til politiet. I følge NKLM (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin) og NKVTS mottar 10 % av voldtektsutsatte kvinner og veldig få voldtektsutsatte menn medisinsk undersøkelse eller behandling den første tida etterpå.⁶ De fleste av de som søker medisinsk hjelp, gjør det på grunn av skader eller bekymring for smitte eller graviditet.

ORGANISERING FØR 2015 OG PASIENTGRUPPER

I 1986 blei landets første voldtektsmottak etablert ved Legevakten i Oslo, og var på dette tidspunktet et unikt tilbud i Skandinavia.¹¹ Mottaket tilbød medisinsk behandling og rådgivning til overgrepsutsatte samt bisto politiet i klinisk rettsmedisinsk arbeid. Kort tid etter, i 1989, blei et mottak oppretta i Trondheim. Sosial- og helsedirektoratets beslutning i 2005 om at det skulle etableres minst ett overgrepsmottak i hvert fylke, som skulle ha fokus på seksual- og relasjonsvold, førte til utbygging av helsetilbud til denne pasientgruppa på landsbasis. Fra 2005 til 2009 blei det oppretta 12 nye mottak. I dag har Norge minst ett overgrepsmottak i hvert fylke, til sammen 23 overgrepsmottak. Siden 2007 har NKLM hatt ansvaret for den faglige utviklinga og kompetanseoppbygginga ved overgrepsmottakene, som i dag er organisert som en faglig og administrativ del av legevaktmedisinen.¹¹

Ifølge Sosial- og helsedirektoratet i 2005 skulle mottakene organiseres på kommunalt eller interkommunalt nivå og bemannes av primærhelsetjenesten. Mottakene kunne eventuelt samlokaliseres med sykehus.⁴ De overordnede oppgavene til mottakene skulle være å tilby akutt helsehjelp og rettsmedisinsk sporsikring med tanke på en potensiell politietterforskning.⁷ I 2014 var 16 mottak knytta til legevakter, mens 7 mottak var knytta til spesialisthelsetjenesten i regi av

sykehusenes gynekologiske akuttmottak. I mai 2013 vedtok Stortinget Meld. St. 15 (2012-2013) *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve*. Der foreslås å overføre ansvaret for overgrepsmottakene fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten fra 2015/2016.¹² Se mer om dette under 'Ny organisering' (s. 15).

Overgrepsmottak tar ikke bare imot personer utsatt for voldtekt og andre seksuelle overgrep. Et annet mål har vært å styrke helsehjelpa til personer som er utsatt for vold i nære relasjoner. Derfor blir mange av de tidligere såkalte voldtektsmottakene nå betegnet som overgrepsmottak, slik at flere skal føle tilhørighet hit.⁴ Voldtekt er et ekskluderende begrep når seksuelle overgrepsofre ikke har blitt voldtatt eller selv føler at de har blitt voldtatt i juridisk forstand. Noen menn oppfatter at ordet voldtekt, og følgelig også voldtektsmottak, er noe som gjelder kvinner.¹⁰ På tross av disse argumentene benytter fortsatt åtte av landets mottak begrepene voldtektsmottak eller SO-mottak (seksuelle overgrep), hvorav ikke alle er knytta til gynekologiske avdelinger.

Tilbudet til de som er utsatt for vold i nære relasjoner har lenge vært utilstrekkelig og er fortsatt dårligere enn hjelpa voldtekts ofre kan få. I områdene hvor mottakene ikke tilbyr helsehjelp til ofre for relasjonsvold blir disse personene tatt hånd om ved ordinær legevakt.¹¹ Utilstrekkelige ressurser og kompetanse gir ikke forutsetninger for optimal helsehjelp. NKLM sin kartlegging i 2014 gir endelig inntrykk av at mottakene etter hvert fungerer bedre på dette området i takt med fokus og erfaring.¹³

Samtlige av mottakene jeg har snakka med mener at helsetjenesten har et forbedringspotensial når det gjelder å håndtere vold i nære relasjoner. Det medfører utfordringer å skulle ta i mot disse på overgrepsmottakene – dels er det vanskelig å nå ut til alle ofrene, samtidig som at mottakenes kapasitet blir sprengt hvis man skulle klare å tiltrekke seg alle sammen. Mange steder, selv hvor man har overgrepsmottak, er det legevakta som tar i mot denne pasientgruppa. Drammen overgrepsmottak har ei løsning hvor de samarbeider med legevakta. Overgrepsmottaket tar seg av de alvorligste, mest tidkrevende sakene og de som kommer via politiet, mens legevakta håndterer resten. Legevakta bruker da en mal for undersøkelse og dokumentasjon som er utarbeida av overgrepsmottaket. Ei liknende løsning utforskes av noen av de andre overgrepsmottakene i landet.

I Oslo håndterer Oslo skadelegevakt, underordna helseforetaket OUS, pasientene som søker medisinsk hjelp for voldsskader. Her er fokuset hovedsakelig på det behandlingsmessige, det er ikke ressurser for rettsmedisins skadedokumentasjon og sporsikring. Den kommunale delen av legevakta har et oppfølgende psykososialt tilbud til disse pasientene, men man har hittil ikke funnet muligheter for å tilføre kommunale midler for å styrke rammene rundt det rettsmedisinske arbeidet. Dagens situasjon i Oslo er slik at relasjonsvold håndteres i spesialisthelsetjenesten og seksualvold i kommunehelsetjenesten, altså omvendt av det politikerne ville i vedtaket fra 2013.

Mottakene skal ideelt sett organiseres slik at de passer alle. Legevaktbaserte mottak tar imot både kvinner og menn som har fylt 14 år. På sykehusenes gynekologiske akuttmottak har de ansatte opparbeida seg kompetanse når det gjelder voldtekts ofre basert på flere års erfaring. Utfordringene ved mottakene knytta til gynekologiske avdelinger er at de ikke nødvendigvis har tilbud retta mot menn, og heller ikke mot personer som er utsatt for vold i nære relasjoner. Man ønsker likevel å beholde disse tilbudene for kvinner helt til likeverdige kommunale tilbud etableres, mens menn som søker helsehjelp etter seksualovergrep må henvende seg til legevakt eller til kirurgiske

akuttmottak.¹¹ Barn som ikke har nådd puberteten skal alltid få hjelp hos spesialisthelsetjenesten, dvs. ved barneklinner eller sosialpediatriske avdelinger.

Overgrepsheta ved Kvinne-barn-klinikken i Trondheim er et mottak som er knytta til spesialisthelsetjenesten. Både voksne og barn får helsehjelp, rettsmedisinsk undersøkelse og oppfølging på sykehuset. Her samarbeider gynekologer og pediater, noe de selv oppgir som positivt for fagmiljøet. Dette er også en fordel for pasientene som har en mer voksen anatomi, men reagerer som barn psykisk og er barn i juridisk forstand. Barn av begge kjønn utsatt for vold får hjelp ved klinikken, mens voksne utsatt for ikke-seksuell vold i nære relasjoner ikke tas imot her. Kvinner som kommer til klinikken undersøkes av gynekolog og sykepleier med kompetanse innen seksuelle overgrep. Gynekologene har kompetanse for undersøkelse av kvinnene. De spesialtrente SO-sykepleierne er drevne på den rettsmedisinske delen, men de oppgir at det rettsmedisinske aspektet kan være utfordrende når det er høy turnover av leger. Når menn skal undersøkes på legevakta, rykker en av SO-sykepleierne ut dit med nødvendig sporsikringsutstyr og bistår en av legevaktslegene. Både kvinner og menn får oppfølging på gynekologisk poliklinikk, noe som ifølge dem selv ikke har vært problematisk.

OVERGREPSMOTTAKENES OPPGAVER

Personer oppsøker som regel overgrepsmottakene på grunn av en akutt hendelse, eventuelt også i frykt for en potensiell akutt hendelse. Noen kommer etter langvarig misbruk eller som følge av tidligere gjennomlevde episoder. Hvis andre instanser i primær- eller spesialisthelsetjenesten er de første til å mistenke eller avsløre et overgrep, kan de henvise til overgrepsmottak hvor pasienten får krisehjelp og eventuelt undersøkelse med sporsikring. Et akutt overgrep er en øyeblikkelig hjelp-situasjon.⁴

Formålet for arbeidet ved overgrepsmottakene er å redusere helseskader, både de akutte og de mer langvarige. Mottakene skal gi den utsatte trygghet, omsorg og ro etter hendelsen(e). Å ivareta pasientens helse er personellens høyeste prioritet. Dokumentasjon og sporsikring kommer i andre rekke. Rettsmedisinske undersøkelser og sporsikring gjøres bare dersom pasienten samtykker, og samtykke må innhentes for hvert trinn. All undersøkelse, sporsikring og behandling skal skje på pasientens premisser. De ansatte skal innta ei informerende og støttende holdning, slik at pasienten får hjelp til å bearbeide overgrepstraumet. Ei forsiktig, trygg og profesjonell tilnærming bidrar til å forebygge at pasienten oppfatter undersøkelsen som et nytt traume. Det er viktig at helsepersonellet opplyser om og motiverer til bruk av øvrig hjelpeapparat.⁴

Undersøkelsen er viktig for å avdekke skader, samt å finne ut hva som ikke er skada. Situasjonen til den utsatte og sporsikringsmulighetene er avgjørende for hastegraden. Hvis pasienten kommer innen ett døgn etter overgrepet, bør undersøkelse skje umiddelbart, både for å avklare om det foreligger behandlingstrengende skader, og for dokumentasjon av skader og for sporsikring. Ved henvendelse innen 3 – 4 døgn bør det gis tilbud om medisinsk undersøkelse snarest. Ønsker pasienten ikke komplett undersøkelse, tilbyr man pasienten å utføre enkel prøvetaking selv, helst under veiledning og observasjon av mottakets ansatte.⁴ Særlig ved relasjonsvold kan det være aktuelt med supplerende undersøkelser i form av billeddiagnostikk, audiometri og ortopedisk vurdering. Smitteforebyggende behandling, f. eks hiv-profylakse, og nødprevensjon vurderes med

en gang og igangsettes så raskt som mulig.

Selv om pasienten innledningsvis ikke er innstilt på å anmelde forholdet, anbefales det å sikre biologiske spor under den medisinske undersøkelsen. Spor går raskt tapt, og all dokumentasjon bør utføres så tidlig som mulig. Formålet med sporsikring og skadedokumentasjon er å sikre biologisk spormateriale og beskrive funn for å avklare om seksuell kontakt har forekommet, og om fysisk kontakt mellom pasient og antatt gjerningsperson kan dokumenteres. Politiets sporsikringspakke, som inneholder prøvetakingsutstyr og sporsikringsblanketter, benyttes til undersøkelsen. 22 av 23 overgrepsmottak oppgir at politiet betaler for sporsikringspakka.¹¹

Sporsikringsundersøkelsen og dokumentasjonen av eventuelle skader er viktige deler av etterforskninga. Alle mottak oppbevarer materialet i minst tre måneder. Man må gjøre pasienten oppmerksom på at sikra materiale blir destruert hvis saka ikke anmeldes.⁴ Politiet kan hente sikra materiale når forholdet er anmeldt, eller be om sporsikring hvis det ikke allerede er gjort. Mottakene jeg har snakka med oppgir at politiet innhenter informasjon i 40 – 60 % av tilfellene. Det kan synes lite, men ikke alle som oppsøker mottaket tar også kontakt med politiet.

Ei forutsetning for at sporsikringa skal gjøre nytte er at den utføres korrekt. Spesielt i voldtektssaker kan DNA-bevis være av stor verdi.³ DNA-analyse utføres først og fremst på blod, sædceller, spytt, hår og epitel, og hensikten er å identifisere involverte personer. Foreløpig utføres alle DNA-analyser i kriminalsaker av Folkehelseinstituttets avdeling for biologiske spor. For at man skal kunne oppklare voldtektssaker ved hjelp av DNA-bevis er det nødvendig at spor sikres i akuttfasen, og at politiet rekvirerer analyse av spormateriale fra åstedet og fra voldtektsofferet.

Overgrepsmottakene arbeider på ei side praktisk med prosedyrer og korrekt utførelse av undersøkelse og sporsikring. Et annet aspekt er psykologisk støtte og behandling. Den psykologiske støtta formidles idet pasienten kommer til mottaket. En god første kontakt er viktig for å skape tillit til hjelpeapparatet og til den videre oppfølginga. Mottakets ansatte må kjenne til traumereaksjonene ved overgrep, blant annet forvirring, endra hukommelse for tid og hendelsesforløp, frykt, skam og unngåelsesreaksjoner. Slike reaksjoner kan øke terskelen for å søke hjelp. Siden det kognitive funksjonsnivået kan være midlertidig redusert, bør informasjon til pasienten gis både skriftlig og muntlig.

Pasientens psykiske tilstand vurderes individuelt, fordi alle reagerer på sin egen måte. Også hvis overgrepet ligger lengre tilbake i tid, slik at den medisinske undersøkelsen ikke haster, kan pasienten trenge emosjonell førstehjelp hvis reaksjonen foreligger der og da. Samtale, berøring og invasive undersøkelser kan utløse gjenopplevelser av traumet. Dokumentasjon av den psykiske tilstanden under pasientens opphold på mottaket kan ha betydning for etterforskning, domstolsbehandling og eventuell tildeling av voldsoffererstatning.⁴

På overgrepsmottaket gjelder vanlige regler for taushetsplikt når en person søker helsehjelp. Opplysninger skal ikke formidles videre, heller ikke til politiet, med mindre det foreligger fritak fra taushetsplikta. Taushetsplikta oppheves hvis pasienten samtykker til at opplysninger utleveres. Ei foreløpig rettsmedisinsk erklæring kan skrives hvis politiet raskt trenger dokumentasjon, f. eks i forbindelse med et fengslingsmøte. Pasienten må frita legen fra taushetsplikta.⁴ Legens rapport skal ikke ensidig underbygge pasientens forklaring, men skal gi politi og rettsvesen bedre mulighet til å vurdere hendelsesforløpet gjennom objektiv beskrivelse og nedtegning. Fritak fra

taushetsplikta er også ei forutsetning for at sikra spormateriale og resultat av andre prøver skal kunne utleveres. Politiet kan ikke være til stede under konsultasjonen uten pasientens samtykke.

Økonomi

Finansiering er ei kronisk utfordring for de aller fleste overgrepsmottakene. Økonomien er avhengig av at kommunene spleiser, men i flere kommuner råder usikkerhet vedrørende overgrepsmottak, f. eks. tror noen at de har bevilga midler til overgrepsmottak hvis de har gitt støttesentre mot seksuelle overgrep penger og vice versa. Noen kommuner har nektet å bidra til drifta med begrunnelsen at mottaket ikke har god nok kvalitet på tilbudet. Der hvor kommunene visste at overgrepsmottakene er lovfesta, har mottakene blitt adekvat tilgodesett.¹⁴ Noen steder får mottakene anna hjelp, f. eks. betaler politiet i Vestfold blant annet utgiftene for lege, noe som avlaster mottakets budsjett. Det finnes ingen felles retningslinjer for hvordan finansieringa av mottakene skal være, og mange av mottakene er på grunn av dårlig økonomi ikke levedyktige over tid. Ressursmangelen påvirker særlig de små og mellomstore mottakene når det gjelder planlegging og kvalitetsarbeid. Mange av lederne oppgir også at mottaket har for dårlig økonomi til å gi de ansatte tilfredsstillende faglig påfyll, trening eller kursvirksomhet.¹⁵

Tilgjengelighet og bemanning

Tilgjengelighet er ei forutsetning for at mottakene skal brukes. NKLM undersøkte sammenhengen mellom avstand til og bruk av legevakt. Det kommer fram at antall legekonsultasjoner og sykebesøk per innbygger falt med ca. 50 % ved ei økning i gjennomsnittlig reiseavstand fra 0 til 50 km. En kommunelegevakt med lokalisering utenfor sykehus hadde den høyeste konsultasjonsrata i legevakt etter justering for avstand.¹⁶

Jo lengre reisevei til mottakene, jo mindre er sannsynligheta for at de utsatte søker helsehjelp der. Lavt pasienttall går utover kompetansen til de ansatte, fordi denne er avhengig av erfaring, og erfaring er avhengig av blant annet pasientvolum. Halvparten av mottakene er etablert etter 2005, hvilket forklarer ulikheter mellom landets 23 mottak med henblikk på personalets erfaring og kompetanse. Balansegangen mellom pasientvolum, nærhet, kvalitet og økonomi er vanskelig.

For å illustrere forskjeller i avstander og antall saker:

- De som oppsøker overgrepsmottaket i Oslo har ei gjennomsnittlig reisetid på ca. 20 minutter, og det kan ta litt over en time på det lengste. De hadde 430 saker i 2014, og dekker et område med ei befolkning på rundt 800.000 personer.
- SO-mottaket i Vestfold er organisert med ambulante team, og har i gjennomsnitt ca. 20 minutters lang reisetid til pasienten, og rundt en time på det lengste. De hadde 68 saker i 2014, og dekker et område med 225.000 innbyggere.
- Ved Harstad IK legevakt er man usikre på gjennomsnittlig og maksimal reisetid, samt antall innbyggere i området de dekker. De hadde 9 pasienter i 2014.
- Til overgrepsmottaket ved legevakta i Drammensregionen IKS er det lange reiseavstander, hvor pasientene reiser 3 – 4 timer på det lengste. Mottaket håndterte 80 henvendelser i 2014. Befolkningsgrunnlaget er 295.000.

Overgrepsmottakene er hovedsakelig bemanna av leger og sykepleiere, men de større mottakene samarbeider også med sosionomer og andre yrkesgrupper med særkompetanse innen psykisk helse. Bemanninga varierer med hensyn til antall ansatte, og med organiseringa av vaktordninger og avlønning. Noen mottak bruker leger og sykepleiere som er på vakt i anna virksomhet, mens

knappt halvparten av mottakene har lister over sykepleiere og leger som kan innkalles per telefon når pasientene tar kontakt. Ringelister og hjemmevakt er ikke optimalt, og NKLM anser at det bør etableres faste vaktordninger for leger og sykepleiere.¹¹

Overgrepsmottak skal være døgnåpne. 78 % av mottakene hadde i 2009 et døgnkontinuerlig tilbud, men dette er fortsatt ikke en selvfølge.¹¹ Noen mottak benytter beredskapsgrupper, som kan bestå av allmennleger, gynekologer, hudleger, mikrobiologer, pediatere, anestesileger og andre med et ekstra engasjement for å hjelpe overgrepsutsatte. På sykehusene er det alltid leger til stede, men disse har ikke nødvendigvis klinisk rettsmedisinsk erfaring. Ingen av de seks mottakene jeg har snakka med oppgir at pasienter har måttet vente til neste dag som følge av mangel på personell, men ifølge Nordlandsforskning har slike episoder forekommet noen steder i landet. Dels har pasienter måttet vente i flere timer, og noen er blitt bedt om å komme tilbake neste dag. Mottakene er tydelige på at beredskapen er et stort problem, både når det gjelder personale og økonomi. Lederne etterlyser felles nasjonale retningslinjer for dette, fordi beredskap er helt nødvendig for akutt helsehjelp og klinisk rettsmedisinsk arbeid på kort varsel.¹⁴

Alle mottak bør ha sitt eget telefonnummer for å sikre at helsepersonell med best mulig kompetanse møter pasienten så fort som mulig.¹¹ Noen av mottakene som blei kontakta har et telefonnummer som pasienter, pårørende og helsepersonell kan benytte. Andre har telefonnummer tilgjengelig for fastleger og legevakt, men skjult for allmennheta. Informasjon på internett kan forbedres ettersom under halvparten av mottakene er representert med informasjon på nettet. Mottakene oppgir at det er ønskelig å være synligere på nett, men mangler nødvendige ressurser.

Gjennom handlingsplanen *Et liv uten vold; Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017* tildeler Regjeringa NKVTS oppdraget om å utvikle en nettportal om vold i nære relasjoner og voldtekt. Målgrupper er utsatte personer og relevant hjelpeapparat. I *En nasjonal nettportal i nære relasjoner og voldtekt. Tre mulige konsepter* presenteres tre ideer for nettportalen. Det mest ambisiøse konseptet heter 114.no, som er både en digital tjeneste og en kontakttelefon. Nettportalen skal gjøre informasjon om rettigheter og hjelpetilbud lettere tilgjengelig, med informasjon på flere språk. Man vurderer å etablere en alarmtelefon med et nytt "nødnummer" 114 for voldsutsatte. Brukere skal kunne ringe 114 når de er bekymra, vurderer å melde fra, vil stille spørsmål, lurer på hvor de skal henvende seg og ønsker annen bistand til å finne fram i hjelpeapparatet. Det foreslåtte nødnummeret harmonerer med de eksisterende nødnumrene. Prosjektgruppa vil at nettportalen skal være tilgjengelig i flere format, både som telefon, SMS, e-post og chat.¹⁷

Kompetanse

Som alle andre pasienter som kommer i kontakt med helsevesenet, skal de som er utsatt for overgrep skal få hjelp av kompetent personell. Dessverre er dette kravet ikke lett å oppfylle for alle landets mottak til enhver tid. Det er store forskjeller på kompetansen og erfaringa ved de ulike mottakene ettersom de har ulik driftstid, pasientvolum, pasientgrupper og tilbud. Særlig på legesida er kompetansen svært varierende. Ved de fleste mottakene foregår kompetanseoppbygging, enten i form av undervisning, veiledning og/eller debrief-/medarbeidersamtaler i mottaket eller ved deltaking i kurs og seminarer. NKLM sine undersøkelser viser at det fortsatt kan bli bedre personlig faglig oppfølging av de ansatte, noe som er essensielt for utvikling av kompetanse. Det er kommunens ansvar å sørge for at ansatte får nødvendig etter- og videreutdanning for å kunne utføre arbeidet sitt forsvarlig.¹¹ Forskning foregår bare ved de

største mottakene.

Alle mottakene jeg kontakta benytter seg av NKLM sitt grunnkurs og uttrykker tilfredshet med det. Noen mottak har et omfattende internutdanningsopplegg bestående av lokal introduksjon, hospitering og NKLM sitt grunnkurs, andre steder får personalet bare rask grunnopplæring i klinisk rettsmedisinsk undersøkelse før de settes i arbeid. I mottakene hvor legene er uerfarne, har ofte sykepleierne veletablert kompetanse. I telefonintervjuene etterspør mottakslederne flere dedikerte leger. Ved mottaket i Oslo gjennomgår man på hverdagene alle sakene fra foregående dag, og i Trondheim gjør man en ukentlig gjennomgang. På denne måten sikrer man at leger og sykepleiere får tilbakemelding og innspill i alle saker.

Det er varierende hvor mye oppdatering av prosedyrer og rutiner mottakene bedriver. Mottaket i Sandefjord har internundervisning hver 6. uke og har dessuten gjennomført fagutviklingsprosjekter, blant annet vedrørende vold i nære relasjoner. Det etterspørres mer faglig opplæring blant legene. Overgrepsmottakenes samarbeidspartnere, f. eks. politiet og støttesentre holder kurs og temadager, som mottakets ansatte deltar på. Hvert 2. år arrangeres kurs i klinisk rettsmedisin ved St. Olavs hospital med felles innsats fra St. Olav, Oslo legevakt, NKLM, Folkehelseinstituttet, Den rettsmedisinske kommisjon og Statsadvokatembetet.

Alle mottakene jeg kontakta har praksis for psykologisk støtte og debriefing til sine ansatte og synes det fungerer godt. De fleste steder vil lege og sykepleier snakke sammen kort tid etter konsultasjonen og lufte akutte tanker og bekymringer. Ønsker man en samtale med mottakets leder, har alle mulighet til dette.

Menn

Menn kan ha større utfordringer med å ta kontakt med et overgrepsmottak. "Den stigmatisering som overgrep mot menn representerer, fører til at de fleste menn lider i isolasjon og ensomhet etter overgrep. Selvmordsfaren kan være stor i denne situasjon."^{4*} Menn opplever oftere våpenbruk, fysisk skade og flere gjerningspersoner under overgrepet. Dette er faktorer som bidrar til en sterkere trussel og krenkelse, samt følelsen av å tape maskulinitet.⁶ Alvorlige seksuelle overgrep mot menn og gutter er trolig mer underrapportert enn overgrep mot kvinner. Overgrepsmottaket i Oslo oppgir at menn er ofre i 5 – 7 % av sakene deres. Fra Stavanger og Drammen oppgis et estimat på 2 – 3 %.

Etniske minoriteter

Kvinner med minoritetsbakgrunn er en særskilt sårbar gruppe når det gjelder seksuelle overgrep og vold. Språkbarriere, kulturforskjeller, manglende kunnskap om hjelpetilbudene, bekymringer om oppholdstillatelse, svakt utvikla nettverk, tidligere traumer og isolasjon gjør at det er vanskeligere for kvinner med fremmed kulturbakgrunn å søke hjelp. Personalet i mottakene bør ha kunnskap om ulike kulturer og samfunn og vise forståelse for at pasienter kan ha ulike forventninger til de som utøver helsehjelpa. Det er også viktig å kjenne til ulike kulturbaserte tradisjoner og ritualer, f. eks med tanke på å undersøke kjønnslemlestedde kvinner.

Pasienter med svake eller fraværende norskkunnskaper skal få hjelp av profesjonell tolk i all kontakt med helsevesenet. Verken venner eller slektninger og slett ikke pasientens egne barn bør fungere som tolk. Det kan være at den av pasientens slektninger/bekjente som tolker for han/henne faktisk er selve overgriperen. Det er heller ikke rimelig å bruke personer som har andre roller i

overgrepsmottaket til å oversette. Telefontolkning er ei mulig løsning når man trenger akutt tolkehjelp.⁴ Imidlertid svarer bare ett av mottakene jeg har intervjuet at de alltid bruker profesjonell tolk ved så store språkproblemer at det er behov for en oversetter.

Undersøkelse av antatt gjerningsperson

Overgrepsmottak er ikke beregnet for undersøkelse av kjent eller mistenkt gjerningsperson. Har den mistenkte behov for helsehjelp, ordnes dette ved ordinær legevakt. Både antatt gjerningsperson og den utsatte har derimot rett til at en eventuell rettsmedisinsk undersøkelse blir gjort av kyndige personer. Derfor har noen av mottakene, bl. a. Harstad og Drammen, ei ordning hvor mottakets ansatte undersøker antatt overgriper. I Drammen rykker et av mottakets SO-team ut til politistasjonen. Denne legen og sykepleieren skal ikke ha hatt hånd om den utsatte. Undersøkelse av gjerningspersonen skjer etter anmodning fra politiet. I Sør-Rogaland har politiet avtale med de rettsmedisinsk virksomme patologene på sykehuset, som undersøker antatt gjerningsperson. I Oslo utføres slike undersøkelser i blant av rettsmedisinere. I Sandefjord gjør ingen av mottakets ansatte slike undersøkelser, men de har sammen med politiet utarbeidet en veileder for dokumentasjon og sporsikring, som f. eks. legevaktsleger kan bruke.

Erstatning

I løpet av første konsultasjonen bør pasienten få beskjed om bistandsadvokatordninga. En bistandsadvokat kan være til stede før, under og etter avhør, og denne skal bistå den voldsutsatte under etterforskinga og den eventuelle domstolforhandlinga. Bistandsadvokaten orienterer fornærmede om gjennomføring og utvikling av ei straffesak, kan skaffe annen hjelp og utforme erstatningskrav.⁴

Legens sakkyndige vurdering av overgrepets helserelaterte konsekvenser kan ha betydning for straffeutmåling og erstatning. Overgrepsofre som har politianmeldt hendelsen kan noen ganger få voldsoffererstatning selv om gjerningsmannen ikke blir dømt, da beviskravene for tilkjenning av erstatning er lavere enn for felle dom i straffesaka.⁷

HVORFOR ER DET BEHOV FOR OVERGREPSMOTTAK?

Seksuelle overgrep kan ha mange uheldige konsekvenser. Somatisk-medisinske skadevirkninger er mindre vanlige sammenliknet med de psykiske, men de er potensielt alvorlige, f. eks. uønska graviditet, seksuelt overført infeksjon eller alvorlig skade. Det vide spekteret av psykiske/psykososiale konsekvenser, som rammer de fleste utsatte i større eller mindre grad, må være i fokus fra første stund. Posttraumatisk stresslidelse, depresjon, angst, sosial dysfunksjon, konsentrasjonsvansker, risikoatferd, økt rusmiddelbruk, selvmordstanker og unngåelsesreaksjoner forekommer. Ettervirkningene kan ha dramatiske konsekvenser og enkelte overgrepsofre behøver lang og tett oppfølging, og å mobilisere og informere pasientens nettverk kan bidra til god prognose.

Pasienten bør tilbys en samtale om oppfølgingstilbudet før vedkommende forlater overgrepsmottaket etter første konsultasjon. Pasientens umiddelbare behov, som kan gjelde overnatting, barnevernstjeneste, behov for sykemelding, erklæringer til skole/studiested eller annet bør kartlegges. Videre bør pasienten få informasjon om forebygging av graviditet og seksuelt

overførbare sykdommer, og om etterkontroll og det øvrige hjelpeapparatet.

For pasientene kan det være veldig viktig å få svar på medisinske spørsmål, særlig angående graviditet og smitte, slik at engstelse og fantasier rundt dette ikke utgjør tilleggsbelastninger. Prøvetaking er viktig for å avklare om det foreligger overføring av seksuelt overførbart sykdom. Det tas eksempelvis nullprøver på klamydia, mycoplasma, gonoré, syfilis, hiv, hepatitt B, hepatitt C, samt oppfølgingsprøver for klamydia, hepatitt B, C, syfilis og hiv. Kvinner som oppsøker overgrepsmottak i løpet av de første fem døgnene etter overgrepet tilbys nødprevensjon. Graviditetstest tas ofte kort tid etter overgrepet, men skal gjentas etter 4 – 5 uker fordi første test kan være negativ hvis intervallet fra overgrepet til første kontakt er kort.⁴

I underkant av halvparten av mottakene tilbyr medisinsk oppfølging, f. eks. infeksjonsprøver, infeksjonsbehandling og skadekontroll.¹¹ De fleste av mottakene som ikke har tilbud om medisinsk oppfølging, henviser skriftlig til fastlege. Voldtektsmottaket i Stavanger forteller at de aktivt legger til rette for at pasienten skal orke å kontakte fastlege. Nesten alle mottakene tilbyr psykososial oppfølging, enten ved selve mottaket eller via henvisning til andre instanser i kommunen. Ett av mottakene som jeg kontakta tilbyr verken medisinsk eller psykososial oppfølging.

Mottakene har ulike opplegg når det gjelder psykososial oppfølging. Avdelingsleder, psykiatrisk sykepleier ved legevakt/poliklinikk eller Sosial vakttjeneste kan ta seg av psykologisk oppfølging. De ringer pasienten innen tre dager etter første besøk og tilbyr en oppfølgingstime. Ved overgrepsmottaket i Drammen, hvor avstandene innenfor opptaksområdet kan være store, kan personale fra mottaket reise ut til et sted nærmere pasienten for oppfølging. Noen mottak tilbyr et visst antall oppfølgingskonsultasjoner. Er det behov for flere, kan det som regel ordnes. Posttraumatisk unngåelsesreaksjon kan gjøre det utfordrende for pasienten å komme tilbake til legevakt eller sykehus. Psykiatriske poliklinikker (DPS eller BUP) er mest brukt for psykososial oppfølging og behandling, og både mottak og fastlege kan ved behov henvise hit. Det bør være lav terskel for å gi overgrepsutsatte et akutt tilbud hos DPS eller spesialisthelsetjenesten. Oppfølging hos fastlegen kan være en god løsning også for psykososial støtte.

Med god oppfølging og et godt nettverk reduseres sannsynlighetene for de verste langvarige plagene. Seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner er svært traumatiserende, og mange av de utsatte har spesielle sårbarhetsfaktorer eller tilleggsbelastninger. Noen har levd med krenkelser over lengre tid, og dette øker risikoen for en langvarig kronisk psykisk lidelse. NKVTS rapporterer at personer av begge kjønn som har vært utsatt for alvorlig vold og/eller voldtekt har dårligere psykisk helse enn personer som ikke er utsatt. Det økte nivået av psykiske helseproblemene gjaldt både for angst/depresjon og posttraumatiske reaksjoner.⁶ Etter voldtekt er forekomsten av PTSD 30 – 40 %. Dette er høyere forekomst av PTSD enn blant soldater i krig og for katastrofeofre (10 – 20 %) blant psykiatriske pasienter (15 %).¹⁸

HJELP UTAFOR OVERGREPSMOTTAKENE

Offentlige hjelpetilbud omfatter blant annet barneverntjenesten, familievernkontorer og NAV. Barneverntjenesten kan hjelpe til med støtte og avlastning og har dessuten et ansvar for å gripe inn

dersom foreldrene ikke klarer å gi barna sine tilstrekkelig med omsorg. De aller fleste mottakene har tett samarbeid med barnevernet. Noen barn rammes direkte av vold utført av mor og/eller far og utsettes for straffbar mishandling. Langt flere barn er indirekte offer ved å vokse opp i hjem prega av vold. Påkjenningene barna utsettes for i slike situasjoner kan karakteriseres som omsorgssvikt når de er vitner til at foreldre/omsorgspersoner eller søsken utsettes for vold. Dette er viktig å ha in mente når voksne mennesker som har barn oppsøker overgrepsmottaket.

Familievernkontorene har erfaring med voldsutsatte, hvor de i tillegg kan få hjelp til problemer som ikke dreier seg om vold. NAV kan bistå med hjelp slik at økonomisk og sosial utrygghet ikke skal være en barriere for å bryte ut av en voldsprega tilværelse. Pasienter som er misfornøyde med helsehjelpa eller mener at de ikke har fått oppfylt sine rettigheter som pasient, kan henvende seg til pasientombudet for bistand. Det finnes også ei rekke frivillige organisasjoner og selvhjelpsgrupper samt krisesentre, som gir råd og støtte etter overgrep eller vold i nære relasjoner. 90 % av mottakene har et samarbeid med krisesentre.¹¹

DIXI ressursentre for voldtatte finnes i Oslo og Stavanger, er et gratis lavterskeltilbud for overgrepsofre. De sprer informasjon om hjelpetilbudene ved å holde foredrag på skoler og andre institusjoner. I dag opplever dessverre mange voldsutsatte å bli kasteballer mellom ulike tjenester, noe som er belastende samt er dårlig ressursbruk. En tenker seg at manglende bevisstgjøring og kunnskap om relasjonsvold er et viktig hinder for at de rammede menneskene får et godt tilbud.⁶

NY ORGANISERING

Meld. St. 15 (2012-2013) *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve*, som blei vedtatt i 2013 innebærer ei overføring av ansvaret for overgrepsmottakene fra primærhelsetjenesten til spesialhelsetjenesten fra 2015. Det er mye usikkerhet knytta til dette både fra mottakenes og helseforetakenes side. I 2014 kartla NKLM overgrepsmottakenes innstilling til den nye organiseringa, og de fleste mottakene var ikke innstilt på ny organisering fra 2015¹³ noe jeg fikk bekrefte under telefonintervjuene.

Helseforetakene skal ifølge vedtaket ta ansvar for service til ofre for seksuelle overgrep. Derimot skal ansvaret for akuttbehandlinga av ofre for vold i nære relasjoner fortsatt være hos primærhelsetjenesten, men ikke i organiserte overgrepsmottak. Å splitte akuttbehandlinga av de to pasientgruppene synes imidlertid uhensiktsmessig ettersom behov hos pasienten og fagkompetanse hos behandler ofte overlapper.

Fire av seks mottak som jeg kontakta stiller seg skeptiske til denne forandringa, ett av mottakene har delte meninger, mens det siste stiller seg positiv til vedtaket. Dette siste mottaket finnes allerede nå på et sykehus og er bemannet av sykehusets ansatte. De har i mange år hatt ei usikker framtid, og de mener at det nye vedtaket gir håp om økt stabilitet for mottaket. Det mottaket som er ambivalent angir å ikke ha fått god støtte fra vertskommunene sine og tilbyr for tida intet annet enn akuttundersøkelse.

Mottakene oppgir at overføringsplanene hittil ikke har påvirket den daglig drifta eller kompetanseutviklinga. Som en følge av omorganiseringa har noen vertskommuner stoppa planer for utvidelse, utvikling og profilering av de respektive mottakene. Arbeidet med faste

stillingshjemler og kontinuerlige vaktordninger, som er en av NKLM sine store kampsaker, har bremsa opp. Mange mottak som nå drives i enklere form, ønsker å bli fullverdige overgrepsmottak hvis de får nødvendig faglig og økonomisk støtte, men slike har nå blitt satt på vent. De fleste fullverdige mottakene har ikke planer for å håndtere vold i nære relasjoner når seksuelle overgrep overføres til spesialisthelsetjenesten, og det råder mye usikkerhet vedrørende service til denne pasientgruppa.¹³

Andre instanser som samarbeider tett med mottakene, blant annet politi og barnevern, er også bekymra for kvaliteten på rettsmedisinsk sporsikring, dokumentasjon og ivaretagelse av pasientene ved ny organisering. Å ta imot overgrepsutsatte i sykehusenes akuttmottak fungerte dårlig tidligere. Arbeidsoppgaver som ved mottakene har vært utført av spesialkompetent personell, skal nå løses av andre, eventuelt uerfarne leger i en travel vakthverdag. Samtale, undersøkelse, sporsikring og rettsmedisinsk journal tar ikke sjelden 6 – 7 timer når det utføres av personell som har klinisk rettsmedisinsk kompetanse og erfaring med å håndtere slike pasienter. Pasienter som har blitt utsatt for relasjonsvold i tillegg til seksualvold kan ha store skader og er ofte i en svært komplisert livssituasjon når de først oppsøker helsevesenet. Disse sårbare pasientene krever erfaring utover god pasientundersøkelse og empati. Fra flere mottak uttrykkes stor bekymring over planlagte e-læringskurs for leger som løsning og erstatning for etablert kompetanseoppbygging. Overgrepsofrene vil alltid måtte vike for hastefødsler på gynekologiske akuttavdelinger. Hvordan skal dette gå på sykehus, spør flere.

I følge bestemmelsen skal robuste mottak fortsatt eksistere som de er, selv om finansieringa endres. Problemet her er at mottakene selv ikke veit om de har status som robuste mottak eller ikke. Hvem bestemmer hvilke mottak som er det? Robust er et moteord blant politikere for tida, og det kan være vanskelig å forstå hva de mener. Fem av seks mottak som jeg har snakka med anser seg selv som robuste mottak. Svar fra bare seks av landets 23 mottak er ikke nok til å gi en fullverdig beskrivelse av situasjonen, men tegner likevel et interessant bilde.

Finansieringa fra helseforetakene må være enten like god eller bedre enn den er i dag. Helse Sør-Øst, som er det største av Norges fire regionale helseforetak, må forvalte ressurser til elleve av dagens overgrepsmottak (ca. halvparten av landets mottak), noe som bekymrer mottakenes ledere. I dag er finansieringa avhengig av lokal økonomi og interesse i kommunen. Særlig de mellomstore mottakene kjenner usikkerhet om hvor mye de må omlegge, hvordan omlegginga skal finansieres og hvem som får ansvaret for oppfølging av pasientene. Det er også uro for at mottakene vil miste erfarent personell.

Den største bekymringa som lederne uttrykte til meg, er at pasientene risikerer å miste et godt tilbud. Mange av mottakene har brukt flere år på å bygge opp kompetansen, og mottakslederne er bekymra for at overføring til spesialisthelsetjenesten er et skritt tilbake for feltet. Overgrepsmottakene som ikke er knytta til helseforetak i dag mener at sykehusene har vist lite engasjement tidligere. Det uttrykkes f. eks misnøye med hvordan OUS har takla oppfølginga av volds- og overgrepsutsatte barn. Skepsisen til spesialisthelsetjenesten formidles av mottakslederne til NKLM. Noen av mottakene har fått beskjed om at helseforetaket ikke har lyst til å overta, mens andre helseforetak er interessert i et samarbeid, eventuelt kjøp av tjeneste hos det eksisterende mottaket.¹³ Virksomheta i mottakene har blitt bygd opp over mange år, og er fortsatt i god utvikling mange steder takka være private ildsjeler og NKLM sitt engasjement.

KONKLUSJON

Jeg spurte overgrepsmottakene hva de er mest fornøyd med å ha fått til i løpet av driftstida si, og hva de syns er mest utfordrende.

De fleste mottakene gir pasientene et helhetlig tilbud som inkluderer både akuttbehandling og oppfølging. Mange av mottakene har kapasitet til å snakke med disse pasientene mer enn én gang, noe som i mange tilfeller er helt nødvendig da pasientene må leve med traume(ne) resten av livet. I tillegg avlaster man andre instanser i helsevesenet. Mottakene hjelper til å rette fokus på seksualovergrep i samfunnet, selv om det er utfordrende å gjøre seg synlige og det å få helsemyndighetene til å skjønne hva arbeidet i mottakene går ut på. Politiet og andre samarbeidspartnere er også fornøyd med arbeidet som gjøres på overgrepsmottakene, fordi man her klarer å ha et pasientretta fokus samtidig som det rettsmedisinske aspektet ivaretas.

Ordninga vi har i Norge, hvor pasienten er i sentrum og adgang til mottakene er uavhengig av politiet, tror jeg passer folk flest. I Storbritannia drives overgrepsmottakene i politiets regi, noe som gir arbeidet et sterkt rettsmedisinsk fokus, men man mister kanskje det terapeutiske elementet som erkjenner at alle personer reagerer ulikt på traumer, inkludert overgrep. Her til lands fokuserer mottakene mye på at pasientene skal få god oppfølging i og utenfor mottaket, uavhengig av om de vil involvere politi og rettsvesen.

Mottaket i Oslo har vært en viktig bidragsyter for utvikling av faget og rettsmedisinen. Mottaket i Sandefjord, som har en sykepleierbasert ambulant ordning, er et foregangsmottak når det gjelder kompetanseheving for egne ansatte og samarbeid med politiet. Det sykehusbaserte mottaket i Trondheim har et veletablert og fruktbart samarbeid mellom gynekologer og pediatere, noe som styrker fagmiljøet. Mottakene lærer av hverandre. De er bygd opp over flere år, tidvis mot stor motstand, og mange har etter hvert begynt å få gode resultater. Det å gi overgrepsutsatte et godt hjelpetilbud så tidlig som mulig må antas å være god helse- og samfunnsøkonomi sett fra et forebyggingsperspektiv.

Utilstrekkelig økonomi, kapasitet og engasjement fra høyere myndighetshold virker å være mottakenes største problem. Døgkontinuerlig beredskap, bedre bemanning og forskning krever tid og penger. Mange av mottakene ønsker å gjøre seg mer synlig, særlig for unge, men også dette krever ressurser. I disse dager råder det også stor usikkerhet om mottakenes framtid da det ikke er avgjort hvilke av eksisterende, legevaktbaserte mottak som får bestå og hvordan framtidig finansiering skal være. Problematikken vold i nære relasjoner er ei utfordring, og den blir sannsynligvis enda vanskeligere å håndtere når man skal skille seksualvold fra relasjonsvold.

Det som har overraska meg er hvor mye av virksomheta på overgrepsmottakene som drives av ildsjeler og personlig engasjement. Det er både flott og litt skummelt å tenke på. Disse ildsjelene har kjempa fram tilbudet vi har i dag og vedlikeholder virksomheta. Er vi da avhengige av at samfunnet aldri skal gå tomt for slike ildsjeler?

LITTERATUR

1. Politidirektoratet (2010). *Tendenser i kriminaliteten. Utfordringer i Norge i 2010-2012*. Henta fra <http://www.politi.no>
2. Lovdata (2015). *Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven)*. Henta fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1902-05-22-10/KAPITTEL_2-12)
3. Kripos (2013). *Voldtetssituasjonen 2013*. Henta fra <http://www.politi.no>
3* s. 11
4. Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten*. Henta fra <http://www.shdir.no>
4* s. 30
5. Justis- og politidepartementet (2004). *Handlingsplan. Vold i nære relasjoner (2004-2007)*. Henta fra <http://www.regjeringen.no>
6. Thoresen, S., Hjemdal, OK. (Red.) (2014). *Vold og voldtekt i Norge* (rapport nr. 1-2014). Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress. Henta fra <http://www.nkvts.no>
7. Ormstad, Kari, Haugen, Hans Petter, Myhre, Arne K. (2010). Undersøkelser ved seksual- og voldsforbrytelser. I Torleiv Ole Rognum (red.), *Lærebok i rettsmedisin* (2. utg., s. 393-404). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
8. Hagemann, CT. (2014). *Medical findings and legal outcome among postpubertal women attending the Sexual Assault Centre at St. Olavs Hospital, Trondheim, Norway*. Ph.D, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
9. Nesvold, HMF., (2010). *Health services for sexually assaulted. Complainants' and judicial use of a self-referral centre; case-flow from assault to legal outcome*. Ph.D, Universitetet i Oslo, Oslo.
10. Oslo kommunale legevakt, Sosial vaktjeneste (2004). *Et sinnssykt stort kjempeskille i livet* (pasientutgave). Henta fra: <http://www.oslo.kommune.no>
11. Johnsen, GE., Alsaker, K., Hunskaar, S. (2010). *Overgrepsmottak i Norge 2009* (rapport nr. 2 2010). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.
12. Stortinget (2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve*. Henta fra <https://www.stortinget.no/>

13. Johnsen, GE., Hunskaar S., Zachariassen SM, Alsaker K., Nesvold H. (2014). *Overgrepsmottakene – Status per juni 2014* (rapport nr. 5-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.
14. Eide, AK. (2012). *Det beste må ikke bli det godes fiende. En evaluering av overgrepsmottakene* (NF-rapport nr. 11/2012). Bodø: Nordlandsforskning.
15. Johnsen, GE., Hunskaar S., Alsaker K., Nesvold H., Zachariassen SM. (2012). *Beredskapssituasjonen ved norske overgrepsmottak 2011*. (rapport nr. 3-2012). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.
16. Raknes, G., Morken, T., Hunskaar, S. (2014) Reiseavstand og bruk av legevakt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134:2151–5. doi: 10.4045/tidsskr.14.0443
17. Borgen, G., Gulbrandsen, O. (2013). *En nasjonal nettportal om vold i nære relasjoner og voldtekt. Tre mulige konsepter*. Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress. Henta fra <http://www.nkvts.no>
18. Malt, U., Heir, T., Wisæth, L. (2014). Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og tilpasningsforstyrrelser. I Årslund, D. (red.), *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

E-post sendt 18.02.2015:

Til: anne.sylvi.helland@stavanger.kommune.no, merete.bergan.svendsen@harstad.kommune.no,
anne-beth.helgeland@legevaktadrammen.no, henriette-myhre.waitz@lva.oslo.kommune.no,
helle.nesvold@lva.oslo.kommune.no, so-team@sandefjord.kommune.no,
ole.henrik.augestad@sandefjord.kommune.no,
cecilie.therese.hagemann@stolav.no, gerd.eva.fenheim@stolav.no

Emne: Studentoppgave om overgrepsmottak

Hei, overgrepsmottakenes ansvarlige

Jeg er medisinstudent på 8. semester ved Universitetet i Oslo. Jeg holder for tida på med ei prosjektoppgave, og har valgt å skrive om landets overgrepsmottak sin organisering og oppgaver. Veilederne mine for oppgava er Kari Ormstad og Gerd Jorunn M. Delaveris ved Folkehelseinstituttet.

I denne sammenheng har jeg valgt ut seks overgrepsmottak som jeg har lyst å snakke med. Jeg hadde satt stor pris på om dere kunne sette av ca. 30 minutter til å snakke med meg på telefon, og svare på noen spørsmål. Spørsmålene jeg har tenkt til å stille ligger som et vedlegg til denne e-posten, slik at dere kan forberede dere hvis det skulle være ønskelig.

Jeg har tenkt å ringe rundt til mottakene i uke 9 og 10, men kan også snakke med dere seinere hvis dere absolutt ikke har tid i løpet av de ukene. Det hadde vært fint hvis vi kunne avtale et tidspunkt.

Jeg håper at dere finner litt tid i deres travle hverdag til å hjelpe meg med oppgava!

Vennlig hilsen
Anitha Kathirgamadas

e-post: anitha.kath@gmail.com
mobil: 41517987

SPØRSMÅL

Når blei mottaket deres etablert?

Tar dere i mot begge pasientgruppene 'seksuelle overgrep' og 'vold i nære relasjoner'? Hvis ja, hvor lenge har dere vært et fullverdig overgrepsmottak? Hvis nei, har dere planer om å bli et fullverdig overgrepsmottak?

Organisering

- Er dere organisert som legevakt, eller som en del av et helseforetak? Opererer dere med ambulante team?
- Hvilke(n) kommune(r) er deres vertskommune(r)?

Tilgjengelighet

- Hva er gjennomsnittlig reisetid til mottaket/størrelsen på det geografiske nedslagsfeltet dere dekker? Hvor lenge reiser pasientene deres på det lengste for å komme til dere?
- Har dere eget telefonnummer? Har dere informasjon om mottaket lett tilgjengelig på nett?
- Har dere døgnskuttinuerlig beredskap? Hvis ikke, hva gjelder utenfor bemanna tid?

Fører dere statistikk på:

- antall konsultasjoner?
- antall saker der politiet innhenter dokumentasjon eller sporsikring?

Hvem er pasientenes første kontaktperson når de tar kontakt med mottaket?

Har dere et tilbud for menn som oppsøker mottaket? Hvis nei, hvor får menn hjelp i kommunen(e)?

Har dere pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn? Få eller mange? Benytter dere i så fall tolketjenester når pasienten ikke har tilstrekkelige norskkunnskaper?

Har dere ei ordning for undersøkelse/sporsikring av antatt gjerningsperson?

Er dere fornøyd med samarbeidet med politiet? Hvis nei, hva kunne vært annerledes?

Kompetanse og kompetanseutvikling

- Har dere et grunnopplæringsprogram? Hvis ja, har alle gjennomgått grunnopplæringa?
- Har dere internundervisning? Fagveiledning? Medarbeidersamtaler? Debriefing eller anna støtte til mestring? Annet?
- Uttrykker de ansatte at de er fornøyd/misfornøyd med den faglige grunnopplæringa, oppfølginga og oppfriskningsmulighetene?
- Driver mottaket med forskning/fagutviklingsprosjekt?

Oppfølging

- Tilbyr dere pasientene medisinsk oppfølging (behandling av skader, informasjon om smitte, sykemelding etc.)? Hvis ja, hvor mange oppfølgingstimer tilbyr dere? Hvis nei, hvilke(n) instans(er) henviser dere til?

- Tilbyr dere pasientene psykososial oppfølging? Hvis ja, hvor mange oppfølgingstimer tilbyr dere? Hvem gjør denne oppfølginga?

Skifte av ansvar fra primærhelsetjeneste til spesialisthelsetjenesten

“Den 8. mars 2013 kom Meld. St. 15 (2012–2013) *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve*. Meldingen foreslo å flytte overgrepsmottakene fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten fra 2015. Akuttbehandlingen av pasienter utsatt for vold i nære relasjoner skulle være et ansvar for primærhelsetjenesten, dvs. ved legevakter og fastleger, men ikke i organiserte overgrepsmottak.” (sitat fra s. 3 i NKLM sin rapport *Overgrepsmottakene – Status per juni 2014*)

Link til Stortingets hjemmesider: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=56696>

- Hva tenker dere om at ansvaret blir overført fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten fra i år?
- Har dere lagt planer for hva som skal skje i 2015 med tanke på skifte av ansvar? Hvis dere ikke har lagt planer; hvorfor ikke?
- Er kommunen(e) dere tilhører opptatt av situasjonen? Har de tatt kontakt med dere, eller har dere tatt kontakt med dem angående situasjonen? Hvis ja, hvordan føler dere at dialogen har vært?
- Har dere tatt kontakt med helseforetakene, eller har de tatt kontakt med dere? Veit dere om de har planer?
- Hvordan merker dere at endringa har påvirka mottaket? Har det påvirka det faglige med tanke på opplæring, oppfølging og oppfriskning? Har det påvirka arbeidsmiljøet sosialt? Har det påvirka framtidige planer for mottaket?
- Hvis dere behandler utsatte av vold i nære relasjoner, hva er planene deres for denne pasientgruppa?

Hva er dere fornøyde med å ha fått til i løpet av mottakets driftstid?

Hva er deres største utfordringer?